

MR I 検査確認票

患者番号： _____

患者氏名： _____

- ◇MR I 検査は磁気を使って病気を正確に知るための有効な手段ですが、危険を伴うことがあります。
安全な検査を受けて頂くため、当院では下記の事項について確認を頂いております。

安全な検査を行う為、以下の質問にお答え下さい。

- | | | |
|--------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. 下記の体内異物がありますか？ | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |
| ○心臓ペースメーカー | ○植込み型除細動器 (ICD) | ○人工内耳 |
| ○磁性体心臓人工弁 | ○磁性体脳動脈クリップ | |
| ○グルコース測定器 (リブレ) | ○その他インプラント () | |
| 2. 入れ墨 (タトゥー) はされていませんか？ | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |
| 3. 閉所恐怖症はありますか？ | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |

※質問において「あり」がある場合、検査を受けることが出来ない場合があります。

<体内金属の危険性について>

- ◇体内異物・金属はMR I 検査によって破壊や誤作動を起こし、やけどや様々な障害、時には重篤な障害を引き起こす可能性があります。
◇体内異物がある場合、十分な検査が出来ないことがあります。
◇入れ墨 (タトゥー) 及びカラーコンタクトレンズをされている方も危険性を伴いますので御申告下さい。

※患者様の安全のため金属探知機にて検査させていただく場合があります。

市立大村市民病院 病院長殿

MR I 検査に対する問診及び説明を受け、上記の事項を確認しました。

20 年 月 日

患者または代理人 (続柄) 御署名： _____

説明者： _____